

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

N° **452**

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Irène STROZEKA

Née le 22 Mars 1907, à Mont-Notre-Dame (Aisne)

**Contribution à l'Étude
des rapports entre la Natalité
et la Mortalité Infantile**

Président : P. LEREBoullet, Professeur

LES ÉDITIONS VEGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

1933

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552821_0014

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Irène STROZECKA

Née le 22 Mars 1907, à Mont-Notre-Dame (Aisne)

**Contribution à l'Etude
des rapports entre la Natalité
et la Mortalité Infantile**

Président : P. LEREBoullet, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

1933



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT. CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale.
 GIDOUd Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE . . Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

LEQUEUX. Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.
 LEROUX. Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER..	
DUVOIR		MOCQUOT	
		SCHWARTZ	
		LE LORIER....	} Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	
		GUÉNIOT.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur P. LEREBoullet

Professeur de clinique de la première enfance

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

M. le Professeur DELBET.

M. le Professeur ACHARD.

M. le Professeur LEREBOULLET.

M. le Professeur OMBREDENNE.

M. le Professeur GUILLAIN.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Professeur BRINDEAU.

M. le Professeur TERRIEN.

M. le Professeur CLAUDE.

M. le Docteur SEZARY.

M. le Docteur RIBADEAU-DUMAS.

M. le Docteur FLANDIN.

M^{me} le Docteur FRANCILLON-LOBRE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RAPPORTS ENTRE LA NATALITÉ
ET LA MORTALITÉ INFANTILE

Les problèmes de la natalité et de la mortalité infantile sont mis à l'étude dans toutes les grandes puissances du monde.

Il ne s'agit du reste pas uniquement d'étudier les faits dans un but humanitaire ou culturel.

Les différentes nations en font un problème de défense nationale, voyant dans la dépopulation un danger menaçant la défense du pays.

Sans entrer dans ces considérations politiques, il est intéressant d'étudier la question de la natalité en tant que problème social. A ce titre, bien des savants ont entrepris des recherches, des enquêtes ont été faites, des statistiques établies. La Société des Nations a essayé de faire une enquête plus ap-

profondie dans plusieurs pays (Allemagne, France, Autriche, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pays-Bas) en choisissant dans chacun de ces pays quatre régions types. Cette enquête, faite en 1928, avait pour but d'établir les causes de la mortalité infantile et de la mortinatalité et d'en tirer les conclusions en vue de combattre ce fléau social.

Ce problème, d'une importance capitale, est difficile à étudier, car il doit être envisagé sous de multiples formes en raison de la quantité énorme de facteurs qui jouent dans la natalité, ainsi que dans la mortalité infantile. Tous ces facteurs, néanmoins, ont une même origine: les conditions économiques et sociales de la population. Une étude de la natalité et de la mortalité infantile exige donc pour être sérieuse, c'est-à-dire pour remonter à l'origine même des causes, une étude approfondie de la société actuelle en général et de la situation de chaque pays.

Je n'ai pas ici la prétention de faire une étude complète, mais simplement d'envisager le problème de natalité et de mortalité infantile sous quelques-uns de ses aspects.

Il est évident que l'accroissement d'une population est fonction, d'une part, de l'augmentation de la natalité, d'autre part de la diminution de la mortalité en général et en particulier de la mortalité infantile. La devise de tous les pays est à peu près

« maximum de naissances, minimum de décès ». Examinons donc ces deux aspects du même problème et voyons pour commencer leur évolution dans le temps et l'espace.

L'ÉVOLUTION DE LA NATALITÉ ET DE LA MORTALITÉ INFANTILE DE 1871 à 1925

PAYS	1871-75		1891-95		1921-25		Calcul en pourcentage de l'indice 1921-25 par rapport à l'indice 1871-75	
	Natalité	Mortalité infantile	Natalité	Mortalité infantile	Natalité	Mortalité infantile	Natalité	Mortalité infantile
FRANCE	25,5	17,8	22,4	17,0	19,2	9,4	75,3	52,8
AUTRICHE	39,3	26,4	37,3	24,5	22,4	13,9	56,2	52,7
ANGLETERRE	33,5	15,3	30,5	15,0	19,9	7,5	36,1	49,1
SUÈDE	30,7	13,4	23,8	10,3	19,1	5,7	62,2	42,5
DANEMARK	30,7	13,7	30,4	13,2	23,2	8,2	75,5	60,0
RUSSIE	50,2	20,9	47,6	27,5				

Ce tableau nous montre une baisse constante des naissances et ceci dans tous les pays d'une façon à peu près régulière de 1870 à 1925.

Le pourcentage des décès infantiles baisse dans la même période d'une façon marquée et régulière. Le professeur Tomilin, de Charkow (Ukraine), dit à ce sujet :

« Ce tableau montre clairement une relation stable entre le niveau de la natalité et le degré de la

mortalité infantile dans les différentes périodes. En comparant les coefficients de naissance avec ceux de mortalité infantile pour la période 1871-1875 et 1891-1895, il est facile de voir que les coefficients de natalité comme ceux de mortalité pour les années écoulées entre ces deux époques, se sont modifiées d'une façon insignifiante.

« En particulier, la Suède, ayant marqué une chute maxima de la natalité, montre également une chute maxima de la mortalité infantile. ».

La période 1921-1925 se caractérise par une augmentation plus marquée de la natalité par rapport aux années 1891-1895 que la période 1891-1895 par rapport aux années 1871-1875.

Mais la baisse des coefficients de la mortalité infantile devance de beaucoup la baisse de la natalité (ressortent surtout les deux dernières colonnes où les coefficients de natalité et de mortalité infantile de 1925 ont été calculés en pourcentage par rapport aux coefficients correspondants de 1870-1875).

Il apparaît que, pendant que la natalité en 1921-1925 en Angleterre était de 56,1 % de celle de 1871-1875, la mortalité infantile de l'Angleterre, pour les années 1921-1925, constitue 49,1 % de la mortalité infantile de 1871-1875.

Les chiffres relatifs à la France et au Danemark montrent, comparativement aux coefficients relatifs aux autres pays, que la vitesse de la baisse des naissances y correspond à une baisse plus petite de la

mortalité infantile. Ces données témoignent des rapports définis existant entre les coefficients de natalité et les coefficients de mortalité infantile. (Tomilin: *La mortalité infantile du point de vue de l'hygiène sociale.*)

Posé ainsi, le problème montre les relations de dépendances étroites existant entre la mortalité infantile et la natalité et s'éclaire d'une façon nouvelle.

En effet, s'il existe un rapport de dépendance inverse entre la mortalité infantile et la natalité, c'est dire que plus on lutte contre la mortalité infantile par un mécanisme d'auto-régulation, plus les naissances diminuent et que, inversement, à une grande natalité correspond une grande mortalité infantile. Il y aurait donc un paradoxe dans la formule « maximum de naissances, minimum de décès » et les pays qui organisent le mieux la protection de la mère et de l'enfant et luttent le plus effectivement contre la mortalité infantile, contribueraient par là, à la baisse des naissances. Il sera d'autant plus intéressant d'étudier les causes des variations de la natalité et les causes des variations de la mortalité infantile.

En examinant les statistiques nous voyons que c'est dans les classes sociales les plus pauvres que la natalité est la plus élevée, de même que c'est dans les pays les plus pauvres et les plus arriérés que la natalité infantile atteint son maximum. En compa-

rant les statistiques de quatre grandes villes, Bertillon, dans son livre sur la « Dépopulation de la France », montre comment diminue la natalité lorsqu'on passe de quartiers très pauvres aux quartiers pauvres, aisés, très aisés, riches, très riches.

NATALITÉ SELON LE DEGRÉ D'AISANCE

Sur 1000 femmes de 15 à 50 ans, combien de naissances par an

Arrondissements	PARIS 1886-95			BERLIN 1886-95			VIENNE 1886-95		
	NATALITÉ			NATALITÉ			NATALITÉ		
	Légitime	Illégitime	Totale	Légitime	Illégitime	Totale	Légitime	Illégitime	Totale
Très pauvres	140,4	66,4	107,8	221,7	47,7	158,0	200		
Pauvres	128,9	55,4	95,2	206,0	33,8	129,8	164		
Aisés	111,2	41,7	75,2	195,4	32,7	112,6	153		
Très aisés	98,7	38,6	65,6	177,7	25,0	96,2	153		
Riches	93,9	24,5	54,4	116,4	13,1	61,9	107		
Très riches	69,1	13,4	35,3	122,0	9,4	45,8	71		
Ensemble	117,7	44,0	80,5	186,4	25,6	101,9	153	56	95

D'après BERTILLON : « La dépopulation de la France ».

Il en est de même pour les pays. Alors qu'en France en 1925 le coefficient de natalité pour 1.000 habitants était de 18,9, dans les pays pauvres comme par exemple en Bulgarie le coefficient était de

39,8 %, en Roumanie 35,4 %, en Espagne 29,3 %.

Le coefficient de natalité est également plus faible dans les villes qu'à la campagne (par exemple en Allemagne le coefficient était en 1925 de 20,5 pour 1.000, alors qu'à Berlin le coefficient était de 11,6 pour 1.000. (D'après Tomilin cité plus haut.) C'est dans les pays à forte natalité que la mortalité infantile est la plus élevée (par exemple en Roumanie le coefficient de mortalité était de 19,2 % alors qu'en France il n'était que de 8,9 %). Dans un même pays, l'examen de régions différentes montre le même phénomène. C'est ainsi que l'enquête de la Société des Nations sur la mortalité infantile montre en Angleterre, à :

	NATALITÉ PAR 1.000 HAB.	MORTALITÉ PAR 1.000 NAISS.
Staflord (région urbaine) . .	18,37	60,2
Oxford (région rurale)	15,25	48,8
Croydon (région urbaine) . .	14,99	52,3
Sunderland (région rurale) .	22,24	91,8

(Chiffres donnés dans le rapport à la Société des Nations sur les facteurs sociaux de la mortalité en Angleterre de Janet Campbell et P. Mackinley.)

Si ces deux phénomènes sont aussi intimement liés c'est qu'ils dépendent tous les deux d'une même

cause : les conditions économiques et sociales de la population.

Bertillon (« Dépopulation de la France ») examine les raisons de la faible mortalité dans les classes aisées de la société, et dit : « C'est surtout dans la crainte de partager après sa fortune que le paysan ne désire qu'un enfant ». Un héritier unique marié à une héritière unique, voilà son rêve. Il accepte très bien que son nom disparaisse et se résigne très facilement, même si son enfant est une fille, à ne pas avoir d'autres héritiers ».

Et plus loin :

« Cette mentalité populaire nous permet d'affirmer comment l'aisance entraîne la stérilité. Dans les milieux où on pense à la fortune (c'est-à-dire dans ceux où l'on possède) on a peu d'enfants, pensant qu'il faudra de l'argent pour les élever, mais surtout qu'il faudra partager la fortune pour les doter, et la partager à nouveau lorsqu'ils hériteront. Conclusion : on évite d'en avoir. »

Dans les classes pauvres ce souci n'existe pas, mais surtout la misère va en général de pair avec une culture très basse, c'est par un laisser-aller, un manque total de perspectives pour l'avenir que naissent les enfants dans la classe ouvrière, et c'est également par manque de culture, par manque d'hygiène, par cette indifférence de la mère fatiguée, usée physiquement, moralement et intellectuellement par

les luttes quotidiennes pour la vie, que meurent les enfants des familles nombreuses.

Examinons maintenant de plus près le problème de la mortalité infantile selon l'ordre chronologique de l'enfant dans la famille.

Nous avons à ce sujet deux tableaux très concluants qui donnent à peu près les mêmes résultats.

Mortalité infantile selon l'ordre chronologique des naissances (d'après des statistiques américaines citées par Banu dans « l'Hygiène sociale de l'enfant »).

Pour 1.000 enfants vivants, il meurt :

Total	111,2
1 ^{er} enfant	104,6
2 ^e —	95,7
3 ^e —	104,6
4 ^e —	118,8
5 ^e —	122,7
7 ^e —	136,8
8 ^e —	135,9
9 ^e —	146,8
10 ^e enfant et suivants	181,5

Ce tableau montre que la mortalité infantile totale pour 1.000 enfants vivants, un peu plus élevée pour le premier que pour le deuxième, va, à partir du

troisième enfant, en augmentant régulièrement pour atteindre, pour le dixième enfant, la proportion de 181,5 pour 1.000.

La mortalité des premiers nés s'explique par les traumatismes obstétricaux, les deuxième et troisième enfants courent les risques de mort les moins grands, mais ensuite la fatigue de la mère, les moyens d'existence insuffisants dont elle dispose, font que les enfants sont moins soignés. Il faut ajouter à l'épuisement de la mère ses sentiments maternels moins forts, raisons conjuguées pour donner des enfants peu résistants et qui meurent dans une proportion plus grande. L'étude de ce phénomène donne à peu près les mêmes résultats pour l'Angleterre. (Janet Campbell et P. Mackinley. Enquête de la Société des Nations.) (Voir tableau page 21.)

Lorsqu'on examine les causes des décès infantiles, on peut dire qu'il y a des causes déterminantes multiples que l'enquête de la Société des Nations classe comme suit : troubles digestifs, maladies infectieuses spécifiques, autres maladies infectieuses, traumatismes obstétricaux, naissances prématurées, malformations congénitales, maladies non microbiennes et les causes qui ne peuvent être classées dans aucune de ces sept catégories.

MORTALITÉ INFANTILE SELON LE NUMÉRO D'ORDRE
DANS CHACUN DES QUATRE DISTRICTS

	CROYDON			SUNDERLAND			OXFORD			STAFFORD		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c
1.....	33,5	18,3	19,6	33,1	19,8	15,9	19,7	25,1	13,8	39,5	22,7	15,2
2.....	33,9	26,3	60,2	10,9	32,4	73,3	17,2	17,2	34,4	23,8	21,6	45,4
3.....	28,2	38,3	66,5	33,6	65,2	98,8	18,5	55,5	74,0	34,7	31,3	66,0
4 et 5...	37,1	14,9	82,0	31,0	108,5	159,5	56,6	44,7	101,3	33,6	50,4	85,6
6 et 7...	46,6	32,6	79,2	94,7	117,6	212,3	71,1	64,0	135,1	96,3	80,3	176,6
8.....	110,1	75,7	185,8	227,3	157,0	384,5	51,1	65,3	119,7	220,9	208,6	425,5

a) Ante natale et mortalité du premier jour.

b) Mortalité de un jour à un an.

c) Mortalité infantile totale (y compris les morts-nés).

D'après J. CAMPBELL et P. Mac KINLEY.

D'autre part, il y a des causes prédisposantes qui sont: la faible résistance de l'enfant provenant des conditions sociales de la mère et de l'enfant.

Cette catégorie des causes prédisposantes est évidemment celle qui influe le plus sur la totalité de la mortalité infantile, et il est intéressant de l'étudier, car ce n'est qu'en luttant effectivement contre elle que l'on peut réduire la mortalité infantile. Il est troublant, par exemple, de constater que le taux de la mortalité dû à des naissances prématurées, c'est-à-dire de la mortalité s'expliquant uniquement par une constitution incompatible avec la vie, atteint, dans certains pays, un chiffre élevé.

D'après l'enquête de la Société des Nations citée plus haut, ce chiffre est le plus fort à Cassel, en Allemagne, où il atteint 30,8 % du total de la mortalité infantile; dans le pays de Bray, en France, il est de 13,2 %, à Plaisance et dans la zone de 13,7 %.

D'autre part, l'enquête de la Société des Nations, ainsi que les statistiques de différents pays, montrent une proportion très grande de décès infantiles pendant le premier mois de vie.

C'est ainsi que ces chiffres sont, pour les régions étudiées par la Société des Nations, de :

IMPORTANCE DES NAISSANCES PRÉMATURÉES (sans autre diagnostic pour la mortalité infantile)

CLASSIFICATION	DISTRICTS RURAUX	Pour 1000 nés vivants	Pourcentage du total des décès au dessous d'un an	DISTRICTS URBAINS	Pour 1000 nés vivants	Pourcentage du total des décès au dessous d'un an
I. Mortalité infantile faible, 3,4 - 4,9 "	Oxfordshire (Grande-Bretagne)	7,7	17,6	Leyde (Pays bas)	6,4	18,0
	Hedmark (Norvège)	8,0	17,0	Dordrecht (Pays Bas)	8,7	23,1
				Oslo Ouest (Norvège)	10,0	26,1
II. Mortalité infantile modérée 5 - 6,9 "	Lochois et Chinoisais (France)	16,2	28,8	Croydon (Gr. Bretagne)	15,4	28,9
	Lippe (Allemagne)	13,2	22,3	Oolo Est (Norvège)	15,5	26,8
	Staffordshire (Gr. Bretagne)	17,4	28,8	Bréda (Pays Bas)	9,7	16,0
	Emmen (Pays Bas)	9,9	15,3	Maëstricht (Pays Bas)	11,3	18,0
				Plaisance et la Zone (France)	10,4	13,7
III. Mortalité infantile forte 7 - 9 - 9 "	Pays de Caux (France)	6,1	6,6	Cassel (Allemagne)	24,8	30,8
	Hoenshoek (Pays-Bas)	17,6	17,19	Vienne VI VII VIII (Autriche)	17,3	19,4
				Sunderland (Gr. Bretagne)	23,7	28,0
IV. Mortalité infantile très forte : 10 % et au-dessus	Pays de Bray (France)	14,0	13,2	Augsbourg (Allemagne)	23,3	27,4
	Strélitz (Allemagne)	19,6	16,8			
	Gmunden (Autriche)	6,9	3,6	Vienne Xe (Autriche)	23,3	12,6
	Scharding et Engelhar- tsvelt (Autriche)	10,2	5,2			

(x) D'après le "Mémoire relatif aux enquêtes sur les causes et la prévention de la mortalité et de la mortalité pendant la première année de vie" de la Société des Nations.

Pour l'année 1925, les statistiques montrent la répartition suivante de la mortalité infantile dans différents pays (d'après Tomilin).

PAYS	TOTAL DES DÉCÈS JUSQU'À 1 AN	TOTAL DES DÉCÈS JUSQU'À 1 MOIS	POURCENTAGE DES DÉCÈS JUSQU'À 1 MOIS PAR RAPPORT AUX DÉCÈS JUSQU'À 1 AN
Belgique	14.451	4.111	28,4 %
Ukraine . . .	172.564	50.654	29,3 %
Bulgarie . . .	31.074	10.522	33,9 %
France	68.469	24.404	35,6 %
Danemark . .	5.737	2.068	36,0 %
Allemagne . .	135.989	57.325	42,1 %
Autriche	16.168	7.247	44,8 %

C'est-à-dire que, dans une période courte où l'enfant est relativement peu exposé à la contagion épidémique, il y a un nombre de décès impressionnant qui ne peuvent s'expliquer que par des causes traumatiques obstétricales, des causes héréditaires d'infection maternelle ou tout simplement d'épuisement physique de la mère, ayant pour résultat un produit de conception de résistance vitale très faible.

Dans la catégorie des débiles mourant soit par infection aggravée par le manque de résistance de l'organisme, soit par causes inconnues, il est intéressant

d'étudier l'influence de l'état de santé de la mère. Il est incontestable que l'enfant né d'une mère tuberculeuse, d'une mère syphilitique, est plus exposé à la mort et, si l'on veut combattre cette catégorie de causes de décès infantiles, il faut multiplier les services spéciaux de consultations pré-natales et, en général, l'organisation de la lutte contre la tuberculose et la syphilis.

Il est généralement intéressant de voir l'influence de l'état physique de la mère sur l'enfant en dehors des causes pathologiques. C'est ainsi que toutes les causes sociales épuisant physiquement la mère en général et en particulier pendant la grossesse, ont une répercussion sur le produit de conception.

D'après une statistique d'une Maternité de Paris (extrait de « Etudes sur la Mortalité précoce des nouveau-nés », de MM. A. Couvelaire, P. Lereboullet et M. Lacomme), il ressort que 236 décès infantiles avant le dixième jour, c'est-à-dire 76 % de l'ensemble des décès pour cette période, relèvent de causes essentiellement anténatales. 196 décès, c'est-à-dire 63 % du total des décès et 83 % du nombre de décès de causes anténatales, sont des morts d'enfants de poids insuffisant, relevant essentiellement de la débilité congénitale.

Après avoir classé les décès des débiles au point de vue étiologique comme suit :

a) Les débiles issus de procréateurs apparemment sains;

b) Les débiles issus de parents malades;

c) Les débiles dont la cause de débilité n'a pu être déterminée.

Voici textuellement ce que dit l'étude sur *les débiles nés de parents apparemment sains prématurés purs* :

« Les 68 enfants de cette catégorie représentent 31,7 % des débiles et 21 % du nombre total des décès précoces. Presque tous ces enfants (60) ont un poids de naissance inférieur à 2 kilogrammes, ce qui s'explique, car les enfants sains, moins prématurés, s'élèvent en général assez facilement. Leur extrême débilité explique bien aussi la rapidité habituelle de la mort : 34 décès sont survenus dans les trois premiers jours.

Dans les observations de ces enfants sains qui meurent essentiellement par insuffisance de maturité, on ne relève aucun antécédent pathologique maternel. Leur naissance avant le terme normal est en rapport avec une particularité ou une anomalie de la gestation d'ordre purement local, ayant sans conteste joué un rôle dans le déclenchement prématuré des contractions utérines.

Ces particularités peuvent être classées sous un des chefs suivants :

- 1° Gémellité = 8;
- 2° Hémorragies de la gestation = 23;
- 3° Rupture prématurée des membranes = 28;
- 4° Endométrites et affections utérines variées = 9.

Ces causes sont indiscutablement des causes d'accouchement prématuré et nous pourrions nous arrêter purement et simplement à ces diagnostics simples. Mais il faut pousser plus loin l'analyse de ces cas et ne pas négliger la cause provocatrice si fréquente qu'est en pareil cas le surmenage de la mère au cours de la gestation. S'il est possible qu'une femme porteuse d'un œuf absolument normal peut parfois supporter sans trop de dommages des fatigues même accusées, il n'en est certainement pas de même pour celles qui présentent des anomalies d'implantation ou d'évolution de l'œuf, anomalies souvent impossibles à reconnaître avant l'apparition des accidents. On peut dire que si la naissance prématurée est ordinairement *conditionnée* par un facteur local, quelquefois suffisant à lui seul, elle est en fait habituellement *provoquée* par l'action supplémentaire du surmenage de la mère au cours de la gesta-

tion. Il est même probable que le surmenage et les fatigues successives sont capables de déterminer directement, en l'absence de toute autre cause, l'accouchement prématuré et nous sommes convaincus que parmi les cas que nous avons classés sous la rubrique « débilité de cause inconnue », il en est qui relèvent de cette étiologie. »

Le travail de la femme pendant la grossesse a une répercussion très marquée sur le poids du nourrisson.

Bertillon, dans « La dépopulation de la France », donne une statistique du Docteur Bachimont, de Tourcoing (élève du Professeur Pinard), où cette influence est très visible. (Voir tableau page 25.)

L'épuisement physique de la femme par des grossesses trop fréquentes influe également sur la mortalité infantile, comme le montre le *tableau*

Rapport entre la mortalité infantile et l'intervalle entre les accouchements :

Mortalité infantile pour 1.000 naissances :

	STATISTIQUES AMÉRICAINES	STATISTIQUES UKRAINIENNES
1 an . .	14,6	18,9
2 ans . .	9,8	16,4
3 ans . .	8,6	12,2
4 ans . .	8,4	7,2

RAPPORT ENTRE LE POIDS DE L'ENFANT ET LE TRAVAIL DE LA MÈRE

Poids moyen (en grammes) du jour de la naissance d'enfants dont les mères étaient dans les conditions ci-contre.

Chiffres calculés d'après 3.706 observations :

PRIMI PARES PLURI PARES

Femmes ayant travaillé debout jusqu'à la fin de la grossesse	2.931	2.116
Ouvrières en filature ayant travaillé debout jusqu'à la fin de la grossesse	2.988	3.114
Machinistes ayant travaillé assises jusqu'à la fin de la grossesse	2.950	3.201
Autres ouvrières ayant travaillé assises jusqu'à la fin de la grossesse	3.077	3.303
Femmes s'étant reposées deux ou trois mois avant la fin de la grossesse	3.291	3.457
Femmes s'étant reposées plus de trois mois avant la fin de la grossesse	3.255	3.457

(D'après Bertillon : « La dépopulation de la France ».)

Les privations de la mère, la misère, la famine ont également une influence énorme sur le produit de conception.

C'est ainsi que pendant le siège de Paris, dit Bertillon en citant les statistiques de Paris de 1894, « La mortinatalité s'est élevée beaucoup (103 mort-nés pour 1.000 naissances) à la fin du siège de Paris, puis elle est revenue à son chiffre moyen (72) ; mais, neuf mois après l'époque où elle était aussi élevée, elle a recommencé à grandir (106 p. 1.000), montrant ainsi que la misère du siège, non seulement avait tué le fœtus déjà développé, mais encore avait glissé le germe de mort dans les enfants conçus pendant cette période ».

On ne peut pas encore avoir de statistiques complètes sur l'influence du chômage de la crise actuelle sur la mortalité infantile, le phénomène étant relativement trop récent pour que son influence puisse déjà se faire sentir.

En Amérique, par exemple, les enfants qui naissent après une longue période de prospérité et de bien-être n'ont pas encore pu être atteints par la répercussion du chômage. Néanmoins, dans les pays atteints depuis longtemps, comme, par exemple, la Pologne, les statistiques montrent une progression rapide de la mortalité infantile.

Ainsi, les chiffres de 1932 donnent, pour les trois premiers trimestres, pour 712.000 enfants nés vi-

vants une mortalité de 98.000 enfants au-dessous de 11 mois, c'est-à-dire de 13,8 %. Les chiffres du troisième trimestre, après une évolution rapide de la crise, donnent, pour 229.000 enfants nés vivants, une mortalité de 41.000 enfants au-dessous de onze mois, c'est-à-dire de 17,6 % (« La vie de l'enfant », n° 2, février 1933, article de Joseph Mieszkowski : « La vie pénible de l'enfant des ouvriers en Pologne à la lumière des chiffres » et des « Souvenirs de chômeurs »).

Il est également intéressant de noter que le taux de naissances a légèrement augmenté. Ce taux, stabilisé autour de 1 million depuis plusieurs années, atteint 1.016.000 en 1930 (32,3 naissances pour 1.000 habitants).

Le milieu dans lequel vit l'enfant dès sa naissance a également une énorme importance au point de vue du risque de mort.

Les enfants illégitimes qui n'ont que le soutien de la mère obligée de travailler, ou bien que la mère place en nourrice ou abandonne, meurt dans des proportions beaucoup plus grandes que les enfants légitimes.

Les mauvaises conditions d'hygiène, la promiscuité dans les logements trop petits pour le nombre d'habitants, le travail de la mère à l'usine et comme conséquence l'allaitement artificiel, voilà autant de causes sociales de mortalité infantile jusqu'à 1 an.

D'après les statistiques allemandes de 1908 (cité par Banu), si on divise en quatre groupes les logements de Berlin, on a :

1^{er} groupe, 1 à 2 chambres avec cuisine : mortalité infantile 17,7 %.

2^e groupe, 3 chambres : mortalité infantile 12,79 %.

3^e groupe, 4 chambres et plus : mortalité infantile 7,29 %.

Les statistiques anglaises donnent à peu près le même résultat.

MORTALITÉ INFANTILE ET HABITATION

Mortalité de 0 à 5 ans calculée pour mille

CAUSES DE DÉCÈS	NOMBRE DE CHAMBRES			
	1	2	3	4
Pneumonie.....	6,0	6	2	1
Maladies infectieuses..	16,0	12	16	3
Diarrhée et entérite ..	32,8	25,8	14,9	16,8
Maladies des voies respiratoires.....	39,8	35,5	26,7	20,0
Total....	94,8	79,3	60,6	40,8

Statistiques anglaises d'après FELDMAN, cité par BANU.
(L'hygiène sociale de l'enfance).

CONCLUSIONS

1° Il semble que des relations intimes existent entre la natalité et la mortalité infantile.

2° L'action de la société ou plutôt de son organisme dirigeant sur l'élévation de la natalité semble peu efficace, car elle se heurte à des difficultés d'ordre social extrêmement complexes.

3° La lutte contre la mortalité infantile paraît donner de meilleurs résultats (par exemple, la Suède), mais pour atteindre ces résultats, il faut une extension très large de la protection de la maternité. Dans cette protection de la maternité il faut comprendre, d'une part, la protection sociale légale de la mère pendant la grossesse, et dans les mois qui suivent l'accouchement, la protection sociale de l'enfant; d'autre part, une protection médicale de la mère et de l'enfant.

Mais pour une protection médicale, donnant comme résultat une génération saine, il faut que cette protection soit très étendue, car nous avons déjà montré dans cette thèse l'influence de l'état physique de la mère sur le produit de conception. D'une façon générale, pour que ce produit de conception ait le maximum de chance de naître dans de bonnes conditions physiques, il faut qu'il soit le produit, non seulement d'une mère en bon état de santé,

mais également d'un père sain. Pour mener l'enfant jusqu'à l'âge adulte et le faire vivre jusqu'à un âge avancé, il faut une protection médicale préventive à toutes les étapes de la vie de l'individu. Ceci ne peut être atteint que par une certaine organisation de la médecine aidée par de puissantes mesures sociales.

Une protection partielle de la mère et de l'enfant, une protection qui ne serait effective que pendant la grossesse de la mère et la première année de la vie de l'enfant peut socialement donner de mauvais résultats.

Il est évident qu'en faisant vivre des enfants débiles on diminue la mortalité infantile, mais on diminue également la valeur vitale moyenne de la société, on laisse vivre, pour ainsi dire, des individus qui deviennent une charge pour la société et non des éléments actifs. Nous tombons dans le paradoxe de la médecine s'opposant à la sélection naturelle. Pour l'éviter, il faut lutter en général contre les causes de débilité, et donner aux débiles des conditions spéciales et une surveillance particulière qui permettent d'en faire des individus normaux.

Vu : *Le Doyen*,
BALTAZARD

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. LEREBoullet

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BANU (G.). — « L'hygiène sociale de l'enfance ». Paris, 1930.
- BERTILLON (Jacques). — « La dépopulation de la France ». Paris, 1911.
- Janet CAMPBELL et P. MACKINLEY (ministère de la Santé). — « Les facteurs sociaux de la mortalité infantile en Angleterre ».
- A. COUVELAIRE, P. LEREBoullet et M. LACOMME. — « Etudes sur la mortalité précoce du nouveau-né ». (*Le Nourrisson*, n° 1932.)
- MIESZKOWSKI (Joseph). — « La vie pénible de l'enfant d'ouvriers en Pologne à la lumière des chiffres » et des « Souvenirs de chômeurs » (article paru dans la revue du Comité national polonais de la protection de l'enfance: *La vie de l'enfant*. Varsovie, février 1933, n° 2).
- SOCIÉTÉ DES NATIONS (organisation d'hygiène). — Mémoire relatif aux enquêtes sur les causes de la prévention de la mortalité et de la mortalité pendant la première année de vie (Genève 1929).

TOMILIN. — « La prophylaxie médico-sociale »
(Charkow, 1931).*

TOMILIN. — « La mortalité infantile au point de
vue de l'hygiène sociale » (Charkow, 1930).

VALOT (Georges-Guy). — « Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans
le monde. L'avenir de la France » (Thèse 1932).

